النواة العلاجية.

بروتوكول الإيقاف: المواد الأفيونية.

الانسحاب ليس ما يقتل الناس. بل ما يأتي بعده هو الذي يفعل ذلك.

هذا الدليل مبني على تمييز أساسي يجب أن يأتي أولاً، لأن عكس هذا الترتيب هو ما يكلف الأرواح: انسحاب المواد الأفيونية، في معظم الحالات، لن يقتلك. إنه أحد أكثر التجارب الجسدية إزعاجًا في هذه السلسلة بأكملها، ولكنه نادرًا ما يكون مميتًا بحد ذاته. ما يقتل هو ما يحدث بعد ذلك - العودة إلى جرعة سابقة بواسطة جسم فقد التحمل الذي كان لديه عندما كانت تلك الجرعة تبدو طبيعية. هذه الحقيقة الواحدة تعيد ترتيب كل شيء آخر تقريبًا في هذا الدليل، ولهذا السبب فإن العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) يقع في صميم. بدلاً من ذلك.

القسم 0 - السلامة الفورية: اقرأ هذا أولاً.

حالة طارئة طبية

أخطر لحظة في التعافي من المواد الأفيونية ليست مرحلة الانسحاب. بل هي الانتكاس بعد فترة من الامتناع. الشخص الذي يتوقف عن استخدام المادة ثم يعود إلى الجرعة السابقة يتعاطى بجرعة تعادل ما كان عليه شخص لم يستخدم المواد الأفيونية مطلقًا، بينما يتوقع تأثيرًا مماثلًا لما كان عليه شخص استخدمها بانتظام. هذا هو السبب الأكثر شيوعًا للوفاة بسبب جرعة زائدة من المواد الأفيونية، ويصبح الأمر أكثر خطورة الآن مع انتشار الفنتانيل في السوق السوداء - راجع القسم 6.

اتصل برقم خدمات الطوارئ المحلية على الفور، واستخدم النالوكسون إذا كان متاحًا، في الحالات التالية:

- تَوَقُّفُ التَّنَفُّسِ أو تَحَوُّلُهُ إلى تَنْفُّسٍ ضَيِّقٍ أو بَطِيءٍ.
- شفتان أو أطراف أصابع زرقاء أو رمادية.
- عدم الاستجابة أو عدم القدرة على الاستيقاظ.
- أصوات غليظة أو اختناق أثناء التنفس.

⚠ تحذير.

يُعالج النالوكسون (ناركان) حالات الجرعات الزائدة من المواد الأفيونية، وهو متوفر بدون وصفة طبية في معظم الصيدليات في الولايات المتحدة، وغالبًا ما يكون مجانًا من خلال منظمات الحد من الضرر. إن توفر هذا الدواء - لنفسك أو لأي شخص في منزلك لديه تاريخ استخدام أفيونيات، سواء كان حاليًا أو سابقًا - ليس علامة على توقع الفشل. إنه بالضبط نفس فئة الاحتياطات مثل طفاية الحريق: شيء تأمل ألا تحتاجه أبدًا ولكن تحتفظ به على أي حال.

مأوى

الأعراض الجسدية لانسحاب المواد الأفيونية نفسها - كما هو موضح في القسم 2 - شديدة ومؤلمة حقًا، ولكن بالنسبة لمعظم الأشخاص الذين لا يعانون من حالات صحية خطيرة أخرى، فإنها ليست بحد ذاتها مهددة للحياة. يهدف الإشراف الطبي أثناء الانسحاب بشكل أساسي إلى تقليل المعاناة بما يكفي بحيث لا يعود الشخص إلى الخطر الموصوف أعلاه، وليس لأن الانسحاب نفسه يتطلب عادةً تدخلًا طارئًا. إن معرفة هذا التمييز لا تجعل العملية أسهل، ولكنه يغير ما يجب أن نخشاه بالفعل، ومتى.

القسم الأول - لماذا يركز هذا الدليل على العلاج بمساعدة الأدوية؟

العلاج بمساعدة الأدوية - بوبرينورفين أو ميثادون أو نالتريكسون - هو، وفقًا لقاعدة بيانات واسعة من الأدلة، التدخل الأكثر فعالية المتاح لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية. يوضح هذا الدليل بشكل مباشر وبدون تحفظ أن بعض مواد التعافي لا تزال تنطبق عليه: العلاج بمساعدة الأدوية ليس شكلاً أقل من أشكال التعافي، أو وسيلة مساعدة، أو "لا يزال مدمنًا على شيء ما". إنه تدخل طبي لإنقاذ الحياة مع بيانات تثبت خفض معدل الوفيات، وهو ما يضاهي القليل من علاجات الإدمان الأخرى. العمل المتعلق بالتعافي الذي يتم بالتوازي مع العلاج بمساعدة الأدوية - العمل البيولوجي والبيئي والهوياتي الموضح في القسمين 8 و9 - يعزز فعاليته، وليس. بديل له.

السنتوريون

يعني أنك "لست نظيفًا حقًا"، فإن هذا (MAT) إذا قيل لك، من خلال برنامج أو شخص، أن علاج الإدمان بالأدوية التصور لا تدعمه الأدلة ويتسبب في وفيات. المقياس الذي يهم هو البقاء على قيد الحياة والقدرة على العمل بشكل طبيعي، وليس أي الجزيئات الموجودة أو غير الموجودة في جسم الشخص.

القسم الثاني - جدول زمني لعملية الانسحاب.

ماذا تفعل؟	ماذا تتوقع؟	ماذا يحدث؟	الجدول الزمني.
بدء العلاج بمادة الميثادون، إذا تم اتباعه، غالبًا ما يبدأ في هذه الفترة الزمنية. تتطلب مادة بوبرينورفين تحديدًا أن يكون الشخص يعاني بالفعل من أعراض انسحاب خفيفة إلى متوسطة قبل الجرعة الأولى لتجنب التسبب في تفاقم أعراض الانسحاب.	القلق، آلام العضلات، التعرق، التثاؤب، سيلان الأنف، القلق المبكر.	انخفاض في الارتباط بمستقبلات الأفيون؛ النظام يفتقر إلى المدخل المتوقع.	الساعات من 6 إلى 24 (بداية التأثير، تختلف حسب عمر النصف للمادة الأفيونية).
الإشراف الطبي أو العلاج بمساعدة الأدوية يقلل بشكل كبير من هذا الحدة. هذه أيضًا الفترة الأكثر خطورة بالنسبة لشخص يقرر أن المعاناة غير قابلة للتحمل ويعود إلى تعاطي المخدرات بجرعة خطيرة الآن - راجع القسم 0.	غثيان، قيء، إسهال، تشنجات في البطن، اتساع حدقة العين، قشعريرة بالتناوب مع التعرق، آلام شديدة في العضلات والعظام، الأرق.	انسحاب كامل، وهذا هو أصعب جزء جسدي.	الأيام 1-3 (أوج الأعراض الجسدية).
تبدأ مجموعة المكملات الغذائية الكاملة (القسم 9). مارس	اكتئاب عميق، وفقدان القدرة على الشعور بالمتعة، وحساسية عاطفية مفرطة،	التعافي الجسدي مستمر؛ وأنظمة الإندورفين والدوبامين في أدنى	الأيام من 3 إلى 10 (فترة التعافي الجسدي، ووصول

ماذا تفعل؟	ماذا تتوقع؟	ماذا يحدث؟	الجدول الزمني.
التمارين الرياضية في أقرب وقت ممكن، حتى لو كانت مجرد مشي قصير. إن إدارة النوم هي أحد أقوى المؤشرات على تجنب الانتكاس المبكر - أعطِ لها الأولوية بشكل مباشر.	وأرق مستمر، ورغبات شديدة، وظهور بعض الأعراض الجسدية المستمرة.	مستوياتها.	الأعراض النفسية (إلى ذروتها.
اتباع البروتوكول الكامل. التواصل المجتمعي مهم أكثر مما قد يبدو، فالانعزال هو أحد أقوى المؤشرات على الانتكاس في هذا التعافي المحدد.	تحسن تدريجي مع تباين حقيقي من يوم لآخر؛ احتمالية حدوث نوبات وفق مقياس PAWS ؛ تقلبات عاطفية؛ الرغبة الشديدة متقطعة ولكنها قوية.	تتعافى أنظمة الإندورفين والدوبامين ببطء؛ وتبدأ مستقبلات الأفيون في الزيادة.	الأسابيع من ١ إلى ٤.
هنا يصبح العمل مستدامًا بدلاً من مجرد البقاء على قيد الحياة. يصبح "عمل بناء الهوية" (القسم 9) مناسبًا هنا، وليس قبل ذلك.	تحسن تدريجي وملموس؛ عودة لحظات حقيقية من المتعة الطبيعية؛ تعافي حساسية الألم.	زيادة كبيرة في عدد المستقبلات؛ أنظمة الدوبامين والإندورفين تعمل بنشاط على إعادة البناء؛ تراجع حساسية الألم المفرطة الناجمة عن المواد الأفيونية.	الأشهر من ١ إلى ٦.
بالنسبة لمعظم الأشخاص، يمكن تحقيق التعافي الكامل لنظام الإندورفين خلال فترة تتراوح بين 12 و 18 شهرًا من الاستمرارية في التعافي، سواء تضمن ذلك العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) أم لا.	الاستمتاع والتواصل الطبيعي متاحان دون الحاجة إلى دعم كيميائي؛ نوبات الانسحاب نادرة؛ الرغبات (PAWS) المرتبطة بالسياق وليست مستمرة.	تراجعت الكثافة الهائلة لمستقبلات المورفين بشكل كبير؛ وعادت وظيفة نظام الإندورفينات لإنتاج الراحة الطبيعية وتعزيز الروابط الاجتماعية مرة أخرى.	الأشهر من 6 إلى 18+.

القسم الثالث - كم من الوقت حتى يعود الدماغ إلى طبيعته؟

لدى معظم الأشخاص، يستغرق من 12 إلى 18 شهرًا من μ، التعافي الكامل لكثافة مستقبلات الأفيون التعافي المستمر - وهو إطار زمني يتفق مع المواد الأخرى التي تتطلب فترة تعافي أطول في هذه تحديدًا من 18 إلى 24 شهرًا، (PAWS) السلسلة. يمكن أن تستمر متلازمة الانسحاب الحادة بعد التعافي وبالنسبة للتعافي المرتبط بالفنتانيل على وجه التحديد، قد يكون هذا الإطار الزمني أطول، نظرًا لقوة ارتباط الفنتانيل الاستثنائية بالمستقبلات مقارنة بالمواد الأفيونية الأخرى.

المَسموعية .

إذا كنت في الثامن من أشهر التعافي وما زلت تعاني من تقلبات أعراض الانسحاب—مثل نوبات القلق المفاجئة، والرغبة الشديدة بدون سبب واضح، وفترات من اللامبالاة والضيق—فإن ذلك ليس دليلاً على أن العمل الذي تقوم به غير فعال. بل إنه يضعك بالضبط في المكان الصحيح على خط زمني واقعي. إن "خط النهاية" هنا يقاس بأكثر من عام، ومعرفة ذلك مسبقًا تهدف إلى تغيير ما يشعر به الشهر الثامن الصعب، وليس إلى جعله يختفي تمامًا.

القسم الرابع - ما الذي من المرجح أن تختبره

* [قائمة]
* [جدول]

- خلال الأسابيع الأولى، قد يعاني الشخص من فقدان تام للقدرة على الشعور بالمتعة - الطعام، الموسيقى، والأشخاص الذين يحبهم يبدون باهتين وغير مهمين، وذلك لأن أنظمة الإندورفين والدوبامين، والتي تشغلها المواد الأفيونية، وصلت إلى أدنى مستوياتها البيولوجية الحقيقية.
- زيادة حساسية الألم (فرط التألم الناجم عن المواد الأفيونية) - ظاهرة حقيقية وموثقة، حيث يصبح الجهاز العصبي مؤقتًا أكثر حساسية للألم مما كان عليه حتى قبل بدء استخدام المواد الأفيونية، وذلك أثناء إعادة معايرته. ويزول هذا الأمر خلال الفترة الزمنية الموضحة في القسم 2 والقسم 3، ولكنه قد يكون مربكًا أثناء حدوثه.
- النوم الذي يصعب استعادته حقًا، وغالبًا ما يكون أقوى مؤشر على حدوث الانتكاس المبكر - يجب التعامل معه بجدية مثل أي جزء آخر من هذه العملية العلاجية.
- الرغبات الشديدة التي قد تظهر دون سبب واضح، خاصة خلال فترات الانسحاب (PAWS) - وهذا له أساس عصبي بيولوجي، وليس علامة على نقص الالتزام.
- شعور ملحوظ بانفصال اجتماعي أو وحدة لدى حاملي الأليل OPRM1 (القسم 5) في جين G — حيث أن نفس المستقبل الذي يوسط المكافأة الأفيونية يوسط أيضًا الترابط الاجتماعي القائم على الإندورفين، وبالتالي فإن نقصه يمكن أن يشعر به كعزلة بحد ذاتها، وليس مجرد اشتهاء للمخدرات.

القسم الخامس - المرجع الجيني.

جين	ما الذي يحكمه؟	أهمية التعافي من المواد الأفيونية.
OPRM1 (A118G)	هيكل مستقبل المورفين - وهو المستقبل الرئيسي الذي تعمل عليه جميع المواد الأفيونية.	الجين الأكثر أهمية في هذا الدليل بأكمله. يحمل ناقلات الأليلات "G" - تقارب أقل للمستقبلات، مما يعني أنهم يحصلون على تخفيف أقل للألم ومكافآت أقل من الجرعات القياسية، وهو جزء من ما أدى إلى زيادة الجرعات. كما أن هذا التقارب المنخفض يعني أيضًا مكافآت أقل ناتجة عن الإندورفين من المصادر الطبيعية (مثل التمارين الرياضية والتواصل والضحك)، ولهذا السبب قد يستغرق بناء المكافآت الطبيعية وقتًا أطول للشعور بالرضا بالنسبة لهذا النمط. والأهم من ذلك: تظهر ناقلات الأليلات "G" استجابة أقوى بشكل ملحوظ لـ Naloxone - هذه معلومات مباشرة وقابلة للتنفيذ حول اختيار العلاج يجب إبلاغ الطبيب المعالج بها.

جين	ما الذي يحكمه؟	أهمية التعافي من المواد الأفيونية.
CYP2D6	يقوم بتحويل الكوديين، والترا مادول، والعديد من المواد الأفيونية الأخرى إلى أشكالها النشطة أو غير النشطة.	الأشخاص الذين يعانون من ضعف التمثيل الغذائي يحصلون على تأثير ضئيل أو معدوم من الكوديين أو ترامادول، مما قد يؤدي إلى زيادة الجرعات بشكل مستمر في محاولة للحصول على التأثير الذي لن يوفره هذا الدواء المحدد لهم أبدًا. الأشخاص الذين يتحولون بسرعة فائقة يحولون الكوديين إلى مورفين بسرعة خطيرة - وهو آلية مميتة موثقة حتى عند الجرعات الموصوفة القياسية. يؤثر أيضًا على استقلاب بوبرينورفين، وهو أمر ذو صلة مباشرة بجرعات العلاج بمساعدة الأدوية.
CYP3A4	الإنزيم الرئيسي المسؤول عن استقلاب الفنتانيل والأوكسيكودون والميثادون والبوبرينورفين.	الإنزيم الدوائي المهيمن الذي يؤثر على مسارات الأدوية التي يتناولها معظم الأشخاص في مرحلة التعافي، بما في ذلك كل من الأدوية الأساسية المستخدمة في العلاج بمساعدة الأدوية (MAT). سواء CYP3A4 - يمكن أن يؤدي تثبيط إنزيم بسبب العوامل الوراثية أو التفاعلات الدوائية (مثل بعض المضادات الحيوية ومضادات الفطريات، وحتى الجريب فروت) - إلى تراكم خطير لهذه الأدوية. في المقابل، يمكن أن يؤدي تحفيز إنزيم CYP3A4 إلى تسريع عملية التعافي عن طريق العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) التخلص من الدواء بسرعة كبيرة. يجب إبلاغ كل طبيب بوصفة طبية بجميع الأدوية التي يتناولها المريض.
ABCB1 (بروتين P).	نقل الأدوية عبر الحاجز الدموي الدماغي.	تؤثر الاختلافات الجينية على كمية المواد الأفيونية التي تعبر إلى الدماغ من جرعة معينة. بعض هذه الاختلافات تسمح بزيادة اختراق الجهاز العصبي المركزي، مما ينتج عنه تأثيرات أقوى من نفس الجرعات، وقد يؤدي ذلك إلى تسريع تطور الاعتماد. كما أنها تؤثر على تركيز البوبرينورفين والميثادون في الجهاز العصبي المركزي، وهو أمر مهم لتحسين العلاج بمضادات الأفيون.
DRD2 (Taq1A، الأليل A1).	كثافة مستقبلات الدوبامين من النوع الثاني (DRD2).	انخفاض بنسبة 30٪ تقريبًا في كثافة المستقبلات متلازمة نقص المكافأة. عند A1 - لدى حاملي OPRM1، الموجود في جين G دمجه مع الأليل ينتج عنه عجز مركب في نظام المكافآت يؤثر على كل من مسارات المكافأة الأفيونية والدوبامينية في وقت واحد - وهو أحد الملفات المعقدة الأعلى في هذه السلسلة.
COMT	إزالة الدوبامين ومعالجة إشارات الألم.	ذو صلة بشكل خاص بأي شخص بدأ تعاطيه للمواد الأفيونية من خلال علاج طبيحقيقي للألم - تؤثر المتغيرات الجينية لإنزيم COMT على حساسية الألم الأساسية بغض النظر عن التعرض للمواد الأفيونية، مما يعني أن الألم غير المعالج

جين	ما الذي يحكمه؟	أهمية التعافي من المواد الأفيونية.
		قد لا يزال يحتاج إلى مسار علاجي خاص به (القسم 6) حتى بعد معالجة الاعتماد على المواد الأفيونية.
MTHFR	ميثيلية - تخليق الناقلات العصبية.	عيوب أساسية في تخليق الدوبامين والسيروتونين، والتي ربما كانت المواد الأفيونية هو أمر MTHF-تعوض جزئيًا عنها. دعم 5 أساسي، وليس اختياري، في هذا التعافي.
GABRA2	مستقبل GABA-A، الوحدة الفرعية ألفا-2 - النغمة المثبطة الأساسية.	ليس الجين الأولي للأفيونيات، ولكنه عامل مؤثر حقيقي، وذلك لسببين: إنه نفس بنية حمض غاما أميني (GABA) التي تكمن وراء النمط الشائع للاستخدام المشترك للأفيونيات مع البنزوديازيبينات أو الأفيونيات مع الكحول (حيث تستهدف كل مادة نظام مستقبلات مختلف لمشكلة مرتبطة بالقلق/التثبيط)، وهو ما يدفع إلى الملف المحدد والمفصل أدناه.

كيف يؤثر حالة إنزيم COMT؟ على الإحساس الناتج عن المواد الأفيونية

إنزيم COMT يتحكم في سرعة إزالة الدوبامين والمواد الكيميائية المرتبطة بالتوتر، وتحدد هذه السرعة التأثير الفعلي للمسكنات لكل شخص - ليس فقط مقدار استخدامها، ولكن أيضًا سبب الشعور بالحاجة إلى هذا التأثير في المقام الأول.

ملف تعريف COMT.	الوضع قبل استخدام المواد الأفيونية.	ما هي المواد الأفيونية المحددة المتوفرة؟
Val/Val ("المقاتل") - إزالة سريعة، ومستوى أساسي من الدوبامين أقل.	غالبًا ما يكون لديه مستوى منخفض من التحفيز أثناء الراحة؛ ويميل إلى الانجذاب إلى الإثارة والجديد، حتى بدون أي مواد مخدرة.	المواد الأفيونية توفر نوعًا مختلفًا من الراحة مقارنةً بالأنماط الأخرى - أقل "أخيرًا، الهدوء" وأكثر "أخيرًا، الراحة الكافية للتوقف عن السعي وراء الحدة". هذا النمط أقل شيوعًا في الاعتماد الخالص على المواد الأفيونية مقارنة بالاعتماد على المنشطات، ولكن عندما يكون موجودًا، فإن التعافي يحتاج إلى منافذ عالية الكثافة حقيقية، وليس مجرد عمل يركز على الهدوء.
الميت/الميت ("القلق" / "الحكيم") - إزالة بطيئة، ومستوى أساسي أعلى من المواد الكيميائية المرتبطة بالتوتر.	غالبًا ما يكون في حالة قلق أو تحفيز مفرط حتى في حالة الراحة؛ حيث يميل الجهاز العصبي إلى العمل بشكل مفرط حتى قبل أي تعاطي للمواد.	هذا هو الملف الشخصي الأكثر شيوعًا للتعافي من المواد الأفيونية. إن تثبيط محور الوطاء النخامي (HPA) الناتج عن المواد الأفيونية (كما هو موضح في الجدول الجيني في القسم 5) يعالج بشكل مباشر نظامًا عصبيًا مثيرًا للإجهاد المزمن - الراحة ليست مجرد راحة جسدية، بل هي أول مرة يتم فيها تهدئة الجهاز العصبي المفرط. هذا أيضًا هو الملف الشخصي الذي يكون فيه ارتداد محور الوطاء النخامي (HPA) الذي تم وصفه في أماكن أخرى في هذا الدليل هو الأكثر حدة، نظرًا لوجود نشاط كيميائي أساسي للإجهاد أكثر مما يمكن أن يؤدي إلى فرط النشاط.
غير متماثل	لا يوجد نص للإدخال. يرجى تقديم	غالبًا ما يكون مزيجًا - بعضه يسعى إلى تخفيف

ما هي المواد الأفيونية المحددة المتوفرة؟	الوضع قبل استخدام المواد الأفيونية.	ملف تعريف COMT.
الألم الجسدي الفعلي، وبعضه يسعى إلى تخفيف التوتر - دون أن يكون أي منهما مفرطًا كما في الحالات التي يظهر فيها نمط واحد بشكل كامل.	النص المراد ترجمته إلى اللغة العربية.	(فال/ميثيونين).

وأنماط الاكتئاب والقلق GABRA2.

من الأهم تسمية هذا الأمر بشكل مباشر بدلاً من تركه كإشارة هامشية في الجدول أعلاه. إن مصفوفة عالي الخطورة بالإضافة GABRA2 - الجينات والمواد الخاصة بموسوعة "المرجع" تحدد ملفًا مركبًا معينًا على أنه "نمط القلق والاكتئاب"، وهو ذو صلة بالكحول - Met/Met من النوع COMT إلى بالإضافة إلى ضعف النغمة (COMT) والبنزوديازيبينات والمسكنات: ضعف القدرة على تهدئة الذات مما ينتج عنه أسرع تقدم موثق للإدمان من أي ملف مركب آخر في تلك المصفوفة، (GABRA2) المثبطة.

⚠ تحذير.

إذا كان هذا المزيج ينطبق عليك، فهناك شيئان مهمان يجب معرفتهما بوضوح. أولاً، هذا هو أحد الأسباب التي تجعل تعاطي المواد المتعددة - الأفيونيات بالإضافة إلى البنزوديازيبينات أو الكحول - نمطًا شائعًا جدًا لهذه الفئة GABA المحددة: فالأفيونية تعالج جانب نظام الإجهاد وتخفيف الألم، بينما تعالج المادة المستهدفة لمستقبلات بشكل منفصل جانب ضعف الردود المنعكسة، ولا يغطي أي منهما تمامًا ما يفعله الآخر. ثانيًا، هذا يعني أن التعافي لهذه الفئة يتطلب معالجة كلا النظامين معًا - العمل الذي يركز على الأفيونيات في هذا الدليل، والعمل الخاصة بالبنزوديازيبينات أو الكحول إذا تم "Recovery Kernel" الموجود في أدلة GABA الذي يركز على استخدام أي من هاتين المادتين. كان هذا أيضًا جزءًا من النمط - بدلًا من التعامل مع الاعتماد على المواد الأفيونية باعتباره الصورة الكاملة.

توصيف الخصائص الظاهرية بدون نتائج الاختبارات.

- هل أعطاك المسكنات تخفيفًا للألم لم يستطع أي شيء آخر أن يمنحه، حتى بجرعات وجدها أو متغير في جين OPRM1 في جين G الآخرون كافية؟ ← قد يكون ذلك بسبب وجود أليل ABCB1. من الجدير إعطاء الأولوية لإجراء اختبار CYP2D6.
- هل جعلك استخدام المواد الأفيونية تشعر بالعودة إلى طبيعتك، والشعور بالانتماء والراحة بطريقة ونقص محتمل في OPRM1 لم يحققها أي شيء آخر؟ ← هذا يشير إلى وجود دور قوي لجين نظام الإندورفين. يعتبر العمل على تعزيز الروابط الاجتماعية (القسم 9) جزءًا أساسيًا، وليس إضافيًا، من عملية التعافي الخاصة بك.
- هل بدأ استخدامك بالعلاج المناسب للألم؟ قد تكون الاختلافات الجينية المتعلقة بـ COMT والتي تؤثر على حساسية الألم ذات صلة. الألم الذي لا يتم علاجه بشكل كافٍ يتطلب مسار علاج منفصل وموازٍ - راجع القسم 6.
- هل الفراغ أو فقدان القدرة على الشعور بالمتعة تجربة مستمرة لديك، بغض النظر عن تعاطي المواد الأفيونية؟ ← من المحتمل وجود نقص في مستقبلات الدوبامين DRD2 بالإضافة إلى تأثير جين MTHFR. دعم نظام الدوبامين هو أولوية قصوى.

القسم السادس - الفئات الخاصة.

الوضع.	ما الذي يميزه؟
الألم المزمن كنقطة البداية.	بالنسبة لنسبة كبيرة من الأشخاص الذين يخضعون لعلاج إدمان المواد الأفيونية، فإن الألم المزمن الحقيقي كان السبب الأصلي، ولا يزال حالة حقيقية ومستمرة. إن الاعتراف بالضعف الوراثي الذي أدى إلى الإدمان لا يعني أن الألم نفسه لم يكن حقيقيًا قط، ولا يختفي عندما يتوقف استخدام المواد الأفيونية. هذه الفئة من المرضى تحتاج

الوضع.	ما الذي يميزه؟
	إلى برنامج لإدارة الألم يسير بالتوازي مع برنامج التعافي، وليس استبداله - يشمل العلاج الطبيعي، وإدارة الألم غير المسكنة، وفي بعض الحالات، بوبرينورفين الموصوف خصيصًا لعلاج الألم (وهو استخدام مشروع ومختلف عن دوره في علاج الإدمان)، ويستمر هذا البرنامج إلى أجل غير مسمى جنبًا إلى جنب مع جهود التعافي. الألم الذي لا يتم التحكم فيه هو أحد أهم المسارات المتوقعة للعودة إلى تعاطي المواد الأفيونية، وأي شيء في هذا الدليل.
إمدادات ملوثة بالفنتانيل.	إن الإمدادات الحالية من المواد الأفيونية غير المشروعة، وزيادةً في ذلك، المواد المنشطة غير المشروعة والأقراص المزيفة، ملوثة على نطاق واسع بالفنتانيل، وهو أكثر قوة بشكل كبير من الهيروين أو المواد الأفيونية الموصوفة بالوزن. الشخص الذي لديه تحمل ناتج عن استخدام الهيروين أو الأقراص لا يمتلك أي حماية موثوقة ضد دفعة ملوثة بالفنتانيل - يمكن أن يكون الفرق في الفعالية قاتلاً بجرعة كانت ستعتبر غير ملحوظة مع المادة التي اعتقد أنه يستخدمها. اختبارات الفنتانيل (المتاحة من خلال معظم منظمات الحد من الضرر) وإمكانية الوصول إلى النالوكسون ليست احتياطات اختيارية لأي شخص لديه أي استخدام حالي للمواد الأفيونية - إنها معدات السلامة الأساسية، وهي نفس الفئة. كما هو موضح في إطار طفاية الحريق الخاص بالقسم 0.
الطريق الوريدي/الحقن تحديدًا.	يحمل Recovery Kernel مخاطر إضافية موثقة في دليل "الأذنين والعينين والأسنان" الخاص بـ B و C، والإصابة وهي: عدوى موقع الحقن، والتهاب الشغاف، والتهاب الكبد بفيروس نقص المناعة البشرية. يعتبر إجراء الفحوصات الأولية للكشف عن العدوى المنقولة بالدم جزءًا من الرعاية الطبية المناسبة خلال مرحلة التعافي، وليس اتهامًا. كما أن العلاج الحديث لالتهاب الكبد C فعال في معظم الحالات، بغض النظر عن مدة الإصابة.

مشهد الاستبدال والتخفيف.

بالنسبة لأي شخص يقلل جرعة مسكن أفيوني بوصفة طبية، فإن المادة نفسها تغير شكل عملية التخفيف. هذا نظرة عامة شاملة، وليس جدول جرعات فردي - الأرقام الدقيقة تتطلب طبيبًا يعرف حالة المريض الحالية والجرعة الحالية ومدة العلاج. ما يلي هو الإطار الذي يستحق إدخاله في هذه المناقشة.

مادة.	ما الذي يجعل عملية التخفيف معقدة؟	النهج العام.
الفنتانيل (على شكل لصقات أو مواد غير قانونية).	الفعالية العالية تعني أن حتى انخفاضات صغيرة في النسبة المئوية تمثل تغييرات كبيرة من الناحية المطلقة؛ وتضيف طريقة الضمادة الجلدية (transdermal patch) تباينًا في الامتصاص (تؤثر درجة الحرارة، وحالة الجلد، وموضع الضمادة على عملية التوصيل)، بالإضافة إلى تأثير علم الأدوية نفسه.	عادةً ما تنتقل لصقات الفنتانيل إلى التركيز الأقل التالي على فترات زمنية ممتدة (غالبًا كل 2-4 أسابيع، مع اتباع نفس المبدأ القائم على النسبة المئوية المستخدم في هذا الدليل)، وأحيانًا مع استخدام دواء عن طريق الفم لسد الفجوة بين تركيزات اللصقات. نادرًا ما يتم تقليل جرعة الفنتانيل غير المشروع مباشرةً من خلال تقليل تركيز اللصقة؛ وعادةً ما يتطلب ذلك تحويلها أولاً إلى شكل يمكن قياسه ووصفه (راجع العلاج بمساعدة الأدوية، القسم 8).
أوكسيكودون الإفراج المطول (أوكسي كونتين) والمسكنات الأفيونية الفموية الأخرى ذات الإفراج المطول.	آلية إطلاق الدواء الممتدة تعني أن تقليل الجرعة يؤثر على كل من الحد الأقصى للتأثير ومدّة الفعالية، فتقليل يبدو صغيراً على الورق يمكن أن ينتج عنه فترة انقطاع في التغطية تبدو أكبر بكثير.	تقليل تدريجي في جرعة الإصدار المطول، وعادةً ما يكون بنسبة 10-25٪ كل 1-4 أسابيع حسب مدة الاستخدام وشدة الحالة، وأحيانًا يتوفر تركيبة ذات مفعول قصير لعلاج الأعراض المفاجئة خلال فترة التغيير. هذا

مادة.	ما الذي يجعل عملية التخفيف معقدة؟	النهج العام.
		القرار يرجع للطبيب الموصي، وليس إضافة ذاتية من قبل المريض.
الهيدرومورفون (ديلوديد).	العمر النصفي القصير والفاعلية العالية مقارنة بالمورفين يعني أن ظهور أعراض الانسحاب يكون أسرع وأكثر حدة من الأدوية المسكنة الأطول مفعولاً، وهو مشابه للمشكلة المتعلقة بالعمر النصفي القصير التي تم توثيقها لـ "venlafaxine" في دليل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية/مثبطات استرداد السيروتونين والنورأدرينالين.	غالبًا ما يتم تحويله (تحويل تركيبة الدواء) إلى مسكن أفيوني ذي مفعول أطول خصيصًا لتسهيل عملية التخفيف التدريجي، بدلًا من تخفيف تركيبة الدواء ذات المفعول القصير مباشرةً. هذا التحويل هو تقنية سريرية حقيقية، وليس مجرد حل بديل، ويجب أن يتم إدارته بواسطة الطبيب نظرًا للحسابات المعقدة المتعلقة بجرعات الدواء.
تابنتادول (نوسينتا).	آلية عمل مختلفة حقًا عن الآليات الأخرى الموجودة في هذا الجدول - تعمل بآلية مزدوجة كمحفز لمستقبلات الأفيون من النوع mu وكمثبط لإعادة امتصاص النورإبينفرين. هذه الآلية الثانية تعني أن بعض الأشخاص قد لا يتحملونها جيدًا لأسباب لا علاقة لها بحساسية مستقبلات الأفيون: يمكن لنشاط النورإبينفرين الإضافي أن يسبب القلق أو التوتر أو ارتفاع معدل ضربات القلب، خاصةً لدى أي شخص لديه بالفعل مستوى عالٍ من الاستثارة. يجب مراعاة ملف COMT الموجود في جدول القسم 5 Met/Met هنا على وجه الخصوص.	إذا لم يتحمل المريض تابنتادول، فإن هذه المعلومة مفيدة حقًا للطبيب، فقد تشير إلى أن الآلية المزدوجة للعلاج هي السبب في المشكلة وليس جرعة المواد الأفيونية نفسها، وقد تدل على ضرورة اختيار دواء مختلف تمامًا بدلاً من مجرد تغيير الجرعة من نفس الدواء.

بدائل الأدوية المسكنة للألم التي لا تحتوي على مواد أفيونية: غابابنتين وبريجابالين.

إن نمط الوصفة الطبية الشائعة الحالي يستحق نفس المعاملة المباشرة التي تقدمها هذه المكتبة في أماكن أخرى: غالبًا ما يوصف دواء "جابابنتين" و"بريجابالين" تحديدًا لتجنب وصف مسكنات الأفيون، أو لدعم تقليل جرعات مسكنات الأفيون عن طريق تغطية بعض جوانب الألم العصبي. يمكن أن يكون هذا أداة مفيدة ومشروعة. ومع ذلك، قد يتحول أيضًا إلى وصفة طبية غير خاضعة للمساءلة وغير محددة المدة إذا لم يكن هناك أحد يتتبع تاريخ انتهاء صلاحيتها.

⚠ تحذير.

تنطبق بشكل مباشر هنا: (gabapentinoids) حول مضادات الاختلاج Recovery Kernel المواد الخاصة بـ يُعترف بشكل متزايد بأن هذه الأدوية تحمل مخاطر حقيقية من الاعتماد والانسحاب، بما في ذلك خطر الإصابة بالنوبات عند الجرعات العالية التي يتم إيقافها فجأة، على الرغم من أنها كانت تُصرف تاريخيًا كما لو كانت كبديل للأدوية الأفيونية، فإن نفس pregabalin أو gabapentin خالية من المخاطر. إذا تم تقديم دواء الأسئلة المتعلقة بالمساءلة المذكورة في القسم الخاص بالأدوية البديلة في هذه الوثيقة تنطبق: ما هو تاريخ الانتهاء المعلن أو نقطة المراجعة؟ هل هذا علاج مؤقت أم علاج مستمر؟ وما الذي سيتضمنه تخفيف جرعة هذا الدواء المحدد إذا كان من الضروري إيقافه- دواء تجنب الاعتماد المخاطر ليست بالضرورة خالية من خطر الاعتماد.

معالجة السبب الجذري، وليس مجرد تقليل الجرعة.

بالنسبة للجزء الكبير من السكان في القسم 6 الذين بدأوا تعاطي المواد الأفيونية بسبب ألم حقيقي، فإن عملية التخفيف التدريجي ضرورية ولكنها غير مكتملة - وفقًا لما ورد في القسمين 1 و 6، فإن الألم الذي لا يتم التحكم فيه هو أحد أكثر الطرق توقعية للعودة إلى استخدام المواد الأفيونية في هذا الدليل بأكمله. تحديد طبيعة الألم وعلاجه بشكل مباشر ليس مجرد إضافة لطيفة، بل هو جزء أساسي لجعل عملية التخفيف التدريجي ناجحة.

- تقييم حقيقي لمصدر الألم، يشمل التصوير الطبي أو إحالة إلى أخصائي، أو أي خطوة تشخيصية أخرى لم تحدث بعد، بدلاً من الاستمرار في علاج الأعراض فقط بشكل مستمر.
- العلاج الطبيعي وإدارة الألم الدوائية غير الأفيونية، يتم تقديمهما بواسطة أخصائي علاج الألم بالتعاون مع الطبيب المسؤول عن تقليل الجرعات.
- علاج الكيتامين بالحقن الوريدي - خيار حقيقي ومثبت لبعض حالات الألم المزمنة التي لا تستجيب للعلاجات الأخرى (متلازمة الألم المعقدة الإقليمية، والألياف العضلية، وبعض أنواع الألم العصبي)، ويتم إعطاؤه كحقنة وريدية بجرعة أقل من الجرعة التخديرية في بيئة سريرية تحت المراقبة، وهو يختلف عن الاستخدامات الأخرى للكيتامين التي يتم تقديمها في أجزاء أخرى من هذه السلسلة. يجب مناقشة هذا العلاج مباشرة مع أخصائي علاج الألم إذا كانت الخيارات غير الأفيونية القياسية غير كافية.

مأوى

إذا لم يتم تشخيص سبب الألم من قبل، بل تم فقط علاج الأعراض، فمن المهم إخبار الطبيب بذلك بوضوح. إن تقليل جرعة الدواء الذي كان يعالج مشكلة غير معروفة، دون البحث عن السبب الفعلي للمشكلة، هو بالضبط ما تحاول هذه الإرشادات تجنبه.

القسم السابع - استخدام تصنيف الأنماط.

وضعية الجسم	مخاطر.	نمط.	مستوى.
لا يزال التوقف التدريجي المخطط له بالتعاون مع الطبيب المعالج، بدلاً من التوقف المفاجئ، هو الخيار الأكثر أمانًا حتى في هذه الحالة.	منخفض، ولكنه ليس صفراً - يمكن أن تبدأ الاعتمادية الجسدية في غضون أسبوعين إلى أربعة أسابيع من الاستخدام المنتظم حتى بدون إساءة استخدام.	وصفة طبية مشروعة، تُستخدم حسب التوجيهات، لفترة محدودة.	١ - بوصفة طبية، لفترة قصيرة، بدون تصعيد.
إن التخفيف التدريجي تحت إشراف طبي أمر مهم هنا؛ فالتوقف المفاجئ قد يؤدي إلى أعراض انسحاب كبيرة، وهذا تحديدًا هو الفئة السكانية التي يكون فيها الحديث عن العلاج بمادة بديلة، حتى على المدى القصير، مفيدًا ويستحق أن يتم بشكل استباقي.	الاعتماد الجسدي من المحتمل أن يكون قد ترسخ.	الاستخدام المنتظم لفترة أطول من المدة الموصوفة، أو زيادة الجرعة تدريجيًا للحفاظ على نفس التأثير.	2 - موصوف، طويل الأمد، أو تصعيد خفيف.
يُنصح بشدة بالاستشارة الطبية قبل أي محاولة للإقلاع	عالي.	استخدام جرعات أكبر من الموصوفة، أو استخدام أدوية شخص آخر، أو	3 - الاستخدام المنتظم وغير

مستوى.	نمط.	مخاطر.	وضعية الجسم
الموصوف أو الاستخدام المتزايد بشكل كبير.	الاستخدام المنتظم للمخدرات غير المشروع دون تناول الجرعات بشكل يومي ومستمر.		عن التعاطي. يجب أن يكون العلاج بمساعدة الأدوية جزءًا أساسيًا من هذه (MAT) المناقشة، وليس مجرد خيار أخير.
4 - استخدام يومي، بما في ذلك لتجنب أعراض الانسحاب.	الاستخدام اليومي أو شبه اليومي، بما في ذلك الاستخدام المحدد لمنع أعراض الانسحاب وليس للحصول على تأثير.	شديدة - هذا هو القسم الذي تم تصميم بروتوكول العلاج بمساعدة الأدوية والتخلص من السموم الخاص به.	لا تحاول التوقف عن تناول الدواء دون إشراف طبي. تنطبق التحذيرات المتعلقة بالانتكاس والجرعة الزائدة المذكورة في القسم 0 بشكل كامل على هذه الفئة تحديدًا.

القسم الثامن: العلاج بمساعدة الأدوية والتخلص من السموم.

الأدوية.	آلية.	ملاحظات سريرية.
بوبرينورفين (سوبوكسون، سوبتيكس، سوبلوكاد).	ناهض أفيوني جزئي - ينشط المستقبل بما يكفي لمنع أعراض الانسحاب والرغبة الشديدة، مع وجود تأثير محدود يقلل من خطر الجرعات الزائدة مقارنة بالناهضات الأفيونية الكاملة.	يجب أن يكون الشخص في حالة انسحاب خفيف إلى متوسط بالفعل قبل الجرعة الأولى (لتجنب الانسحاب المفاجئ). يمكن وصفه في عيادات الأطباء من قبل مقدمين مدربين، مما يحسن بشكل كبير إمكانية الوصول مقارنةً بنموذج العيادة الخاص بالميثادون.
ميثادون.	مسكن أفيوني كامل المفعول، طويل المدى - يعمل على استقرار نشاط المستقبلات دون التقلبات الحادة التي تظهر مع المسكنات الأفيونية قصيرة المدى.	يتطلب عادةً تناوله يوميًا في برنامج علاج الأفيون المرخص، على الأقل في البداية. هناك دليل قوي يدعمه، خاصةً للحالات الأكثر حدة أو التي تعاني من إدمان طويل الأمد. حالة إنزيم CYP3A4 (القسم 5) تؤثر على الجرعة.
نالتريكسون (عن طريق الفم أو بتركيبة إطلاق ممتد تجارية باسم "فيفيتْرول").	مضاد لمستقبلات الأفيون - يمنع المستقبل تمامًا بدلاً من تنشيطه، مما ينتج عنه عدم وجود تأثير للأفيون ويحجب تأثير أي أفيون يتم استخدامه بالإضافة إليه.	يتطلب الأمر إزالة السموم بشكل كامل (عادةً من 7 إلى 10 أيام بدون مواد أفيونية) قبل البدء، نظرًا لأنه سيؤدي إلى أعراض انسحاب شديدة إذا كانت المواد الأفيونية لا تزال موجودة في الجسم. يحمل ناقلو الجين استجابة (القسم 5) OPRM1 في منطقة G أقوى بشكل ملحوظ - معلومات مفيدة وقابلة للتطبيق حول اختيار العلاج.

السنتوريون.

هو قرار سريري حقيقي يستفيد بشكل مباشر من المعلومات الوراثية الموجودة في (MAT) اختيار الأدوية القسم الخامس - أرجو إبلاغ الشخص المسؤول عن هذا الأمر بذلك.

القسم التاسع - البروتوكول العلاجي.

المستوى الأول - الأساس البيولوجي (بدءًا من اليوم الأول).

الدور.	دعم.
دعم نظام الإندورفين: ابدأ اليوم الأول إذا كنت تتناول الطعام.	DLPA (فينيل ألانين-DL حمض).
توازن الجلوتامات وتقليل الرغبة الشديدة.	NAC (ملغ مرتين يوميًا 600)
الدعم الأساسي لعملية الميثيلة وتخليق النواقل العصبية.	5-MTHF
دعم الجهاز العصبي العام والنوم.	جليسينات المغنيسيوم.
الدعم العصبي العام خلال فترة إعادة بناء النظام بشكل كبير.	أحماض أوميغا 3 (غنية بالحمض الإيكوسابنتانويك).

المستوى الثاني - طبي.

- كتدخل طبي أساسي، وليس كعلاج مساعد (MAT) العلاج الدوائي المعتمد.
- مسار إدارة الألم (القسم 6) يتم تنفيذه بالتوازي في حالة وجود ألم مزمن - وهذا ليس اختياريًا لتلك الفئة من السكان.
- اختبار وعلاج العدوى المرتبطة بالدم إذا كان هناك تاريخ من استخدام الحقن (القسم 6).

أداة عملية واقتصادية: نظام توزيع الأدوية الموقوت.

من الجدير بالذكر أنه نظرًا لكونه غير مكلف، ومفيد حقًا، ولا يتم ذكره غالبًا في مواد التعافي: توجد خزائن أدوية مؤقتة مصممة خصيصًا لحالات مثل عملية التخفيف التدريجي، حيث يكون الهدف هو الوصول المتحكم فيه والمجدول بدلاً من إمكانية الوصول الكامل أو عدم وجود وصول على الإطلاق. يقوم شخص موثوق به - شريك، أو فرد من العائلة، أو مشرف آخر - بتحميل الجرعات وفقًا لجدول التخفيف الذي حدده الطبيب، ولا يمكن للجهاز أن يفتح فعليًا إلا في الوقت المحدد، بغض النظر عن شعور الشخص الذي يتناول الدواء في تلك اللحظة. هذا يعالج بشكل مباشر نفس آلية الوصول والعوائق المذكورة في مكان آخر. إن إلغاء القدرة على التصرف بناءً على رغبة عفوية للحصول على جرعة مبكرة أو إضافية هو في حد ذاته شكل من أشكال الدعم الحقيقي والملموس، وليس مجرد دعم رمزي.

⚠ تحذير.

تحذيرات قياسية تنطبق، وهي مهمة: هذا أداة دعم، وليس بديلاً لخطة التخفيف الطبي المحددة، ولا بديلاً عن العلاج بمساعدة الأدوية أو الإشراف الطبي عندما يكون ذلك مطلوبًا. يتطلب وجود مشرف موثوق به ومتاح باستمرار - لا تعمل هذه الأداة إذا لم يكن الشخص الذي يتحكم بها موثوقًا، ويمكن أن تصبح مصدرًا للنزاع أو الاستياء إذا تم تقديمها دون محادثة صادقة حول سبب استخدامها. لا تمنع هذه الأداة شخصًا من الحصول على أدوية أو مواد أخرى خارج الجهاز تمامًا، لذا فهي تعالج خطرًا معينًا (إعادة الجرعات المبكرة والاندفاعية للدواء المستخدم في التخفيف) بدلاً من الصورة الكاملة. معظم الأجهزة تحتوي على نوع من آلية تجاوز الطوارئ - تعرف ما هي هذه الآلية ومن يتحكم فيها قبل الاعتماد على الجهاز. ويجب ألا تكون هذه الآلية الإجراء الوقائي الوحيد لأي شخص يندرج ضمن التصنيفات الأكثر عرضة للخطر المذكورة في القسم 7 - فهي دعم عملي بالإضافة إلى الرعاية الطبية، وليست بديلاً عنها.

حول المواد ذات الأصل غير المشروع: لماذا "مجرد التمسك حتى انتهاء مرحلة التخفيف" هو خطر في حد ذاته.

يستحق هذا اهتمامًا مباشرًا وجديًا، وليس مجرد ذكر عابر، لأن المخاطر تصنف على أنها مختلفة تمامًا عن أي شيء آخر في هذا الدليل. دواء تم الحصول عليه من صيدلية مرخصة له سلسلة توريد موثقة - يتم تصنيعه في ظروف منظمة، ويتم التحقق من الجرعة والتركيب، ويمكن تتبعه في كل خطوة من الإنتاج إلى الزجاجة التي بين يديك. المادة التي يتم الحصول عليها خارج هذا النظام لا تحتوي على أي من ذلك. لا

توجد أوراق عمل، ولا شهادة أصالة، ولا تحقق مما هو موجود فيها بالفعل، ولا توجد طريقة لمعرفة ما مرت به أو ما تم دمجه معها قبل أن تصل إلى الشخص الذي يتناولها. هذا ليس إن الحكم الأخلاقي حول اختيار طلب المساعدة لا يهم؛ فما يهم هو حقيقة أن هذا الأمر يتعلق بخصائص الشيء نفسه، وهذا بغض النظر عن سبب رغبة شخص ما في الحصول عليه.

حالة طارئة طبية

هذا ليس خطرًا مجردًا. وفقًا للقسم 6، فإن العرض الحالي من المواد الأفيونية غير المشروعة - وزيادةً في ذلك، العرض المتزايد من الأقراص المزيفة وغير المشروعة بشكل عام - ملوث على نطاق واسع بالفنتانيل، وهو مادة قوية بما يكفي بالوزن بحيث يمكن أن تكون الجرعة القاتلة موجودة دون أي فرق مرئي أو طعم أو قابل للكشف عن النسخة غير الملوثة. الشخص الذي يحاول التغلب على فترة انتقالية أثناء تقليل الجرعات، أو يسعى للحصول على الراحة من أعراض الانسحاب خارج القنوات الطبية، باستخدام أي شيء متاح في الشارع أو من مصدر غير موثوق به، لا يتخذ نفس نوع القرار مثل الاستمرار في تناول دواء تحت إشراف طبي. إنه قرار يتم اتخاذه مع عدم وجود معلومات حول ما يتم تناوله بالضبط، تقلل شرائط اختبار الفنتانيل ونالوكسون (القسم 0، القسم 6) من هذا الخطر، ولكنها لا تقضي عليه تمامًا - الطريقة الوحيدة لتجنب ذلك تمامًا هي عدم استخدام مصدر غير موثوق به على الإطلاق، وهذا هو بالضبط سبب وجود المسارات الطبية والعلاج بمساعدة الأدوية في القسم 8 باعتبارها المسار الموصى به لعملية التوقف التدريجي، على الرغم من صعوبة الوصول إلى هذا المسار.

المستوى الثالث: الجهاز العصبي وبنية الإندورفين (من الشهر الأول إلى الشهر الثاني عشر، المرحلة المركزية).

- التمارين الرياضية القوية اليومية - وهي المحفز الرئيسي للإندورفين المتاح بدون أدوية، والتوصية الأكثر اتساقًا في جميع الأدلة الموجودة في هذه السلسلة.
- مجتمع حقيقي وتواصل -- ليس مجرد أمر عرضي، بل جزء أساسي من الهيكل، نظرًا لأن نظام مستقبلات الأفيون يؤثر بشكل مباشر على الترابط الاجتماعي والشعور بالمكافأة (القسم الخامس).
- التعرض للبرد، والضحك، والموسيقى - كل منها له تأثيرات حقيقية، وإن كانت أصغر، على إفراز الإندورفين، مما يجعل دمجها معًا أمرًا مفيدًا.

مأوى

تتبنى بنية الإندورفين من خلال الممارسة اليومية المستمرة على مدار أشهر، وليس من خلال الجهود المتقطعة. هذا ليس انتقادًا لأي شخص واجه صعوبة في الحفاظ عليها - بل هو الشكل الحقيقي لما يتطلبه التعافي بالفعل، والذي يتماشى مع الجدول الزمني الصريح في القسم 3.

الإضافة الناشئة: أوكسيتوسين وإعادة ضبط محور الوطاء النخامي الكظري (HPA).

يوجد هذا القسم لأن الكتاب الرئيسي الخاص بك يخصص له فصلًا كاملاً، وهو يستحق مكانًا صادقًا ومدروسًا هنا بدلاً من إهماله. الآلية التي يتناولها حقيقية ولديها اسم آخر مذكور في هذا الدليل: الأفيونيات تثبط محور الغدة النخامية (HPA) طالما يتم استخدامها، وعند إيقافها، لا يعود النظام المثبط بلطف إلى وضعه الطبيعي - بل يرتد، وغالبًا ما يتجاوز ذلك بشكل كبير. يتدفق الكورتيزول، وتصبح اللوزة الدماغية نشطة للغاية، ويبلغ الجهاز العصبي حالة طارئة وجودية بدون سبب خارجي. هذا هو السبب الفسيولوجي الذي يجعل انسحاب الأفيونيات يشبه الموت حتى لو. عندما لا يكون الأمر خطيرًا من الناحية الطبية (القسم 0) - فإن "الشعور" هو تقرير دقيق من نظام إجهاد مفرط حقًا، وليس رد فعل غير عقلاني.

⚠ تحذير.

الأوكسيتوسين هو مضاد مباشر لسلسلة إطلاق الكورتيزول - فهو يثبط محور الغدة النخامية والكظرية (HPA)، ويعمل كـ "مفتاح إيقاف" حقيقي لنظام الإنذار الذي كانت المواد الأفيونية تكتمه. مادة المصدر الخاصة بك

واضحة وتستحق التكرار بنفس الصدق: هذا البروتوكول تجريبي، وليس معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء (FDA) لعلاج الإدمان، ويستخدم حاليًا فقط بواسطة عدد قليل من العيادات المتقدمة والأفراد المستنيرين الذين يعملون في طليعة علم التعافي. يجب أن يظهر هذا في الدليل كآلية موثقة وحقيقية تستحق المعرفة بوجودها - وليس كتدخل ذاتي التنفيذ. يجب على أي شخص يفكر فيه القيام بذلك بالتشاور مع طبيب نفسي أو طبيب متخصص في علاج الإدمان، ويشارك بنشاط، بنفس المعايير التي حافظت عليها هذه السلسلة لكل إضافة أخرى من المستوى "الناشئ".

عمليًا، هذا يندرج ضمن نفس فئة الإضافات مثل مادة أوكسيتوسين التي يتم إدخالها عن طريق الأنف لعلاج أعراض Recovery Kernel والموثقة في مكان آخر في سلسلة التوقف التدريجي الخاصة بـ الانسحاب من البنزوديازيبينات - الآلية (تثبيط محور الوطاء) هي نفسها، والاحتياطات المناسبة هي نفسها: شيء حقيقي، يستحق مناقشة مع متخصص، ولكنه ليس أداة قياسية للعلاج حتى الآن.

القسم العاشر - التعرف على حالات الطوارئ، إعادة صياغة.

حالة طارئة طبية

اتصل برقم خدمات الطوارئ المحلية واستخدم عقار النالوكسون إذا كان متاحًا في الحالات التالية:

* توقف التنفس أو ضيق تنفس سطحي.
* ازرقاق أو شحوب الشفاه أو أطراف الأصابع.
* عدم الاستجابة.
* أصوات غلغلة أو اختناق.

ينطبق هذا بشكل خاص بعد أي فترة من التوقف عن استخدام المواد أو الامتناع عنها، نظرًا لآلية فقدان التحمل المذكورة في القسم 0، ومع تلوث الفنتانيل (القسم 6) باعتباره خطرًا إضافيًا وغير متوقع على أي مادة أفيونية مصدرها غير قانوني.

القسم ١١ - خريطة مرجعية كاملة للبروتوكول.

ما الذي يقدمه؟	مرجع.
ملخص الإطار الكامل للعلاج بمساعدة الأدوية والتخلص من السموم، كما هو موضح في القسم الثامن من هذا الدليل.	دليل المواد الأفيونية من برنامج Recovery Kernel، القسم الثالث.
تفاصيل خاصة بالتلوث للقسم السادس: شرائط الاختبار، وإمكانية الوصول إلى النالوكسون، والخصائص الحركية الدوائية الخاصة بالفنتانيل مقارنة بالمواد الأفيونية الأخرى.	دليل فنتانيل من برنامج "Recovery Kernel".
لم يتم توفير معلومات حول خطر العدوى المرتبط بالحقن في النص المقدم.	دليل "نواة التعافي" الخاص بالأذنين والعينين والأسنان، القسم الخامس.
المسار المتوازي لإدارة الألم المذكور في القسم 6 مخصص لأي شخص بدأ استخدام المواد الأفيونية كجزء من علاج طبي للألم.	بروتوكول شامل رقم ١٤ (إدارة الألم).
البروتوكول ذو الأولوية القصوى لهذه العملية التعافية: يعتبر الاشتياق الناتج عن المحفزات هو الآلية الرئيسية للانتكاس في تعافي الإدمان على المواد الأفيونية، أكثر من غيرها من المواد الأخرى في هذه المجموعة.	بروتوكول التجميع رقم 5 (إعادة تصميم البيئة).
الربط المباشر بين الشيفرة البروتوكولية والوراثة في القسم 5: * GABRA2 + COMT Met/Met ('نمط القلق والاكتئاب') يرتبط بـ P06، P09، P10، P21. * GABRA2 وحده يرتبط بـ P01، P06، P20. * GABRA2 + MTHFR ('نمط الاستنزاف والاندفاع') يرتبط بـ P06،	ملحق أ: مصفوفة الجينات والمواد.

ما الذي يقدمه؟	مرجع.
P07، P11، P21. يمكنك الرجوع مباشرة إلى هذا الملحق إذا كان لديك مجموعة كاملة من التحاليل الجينية.	
يرجى تقديم النص الذي تريد ترجمته إلى اللغة العربية.	دليل الاستعادة الأساسي، القسم الثامن (بروتوكول الأوكسيتوسين).
مناسب للبدء في الفترة من الشهر الأول إلى الشهر السادس (القسم الثاني)، وليس قبل ذلك - إعادة بناء الهوية بشكل منفصل عن تاريخ التعاطي.	مجموعة البروتوكولات رقم 20، 21، و C-28 (هندسة الهوية).
غالبًا ما يبدأ اضطراب تعاطي المواد الأفيونية في ظروف من الشدائد العميقة؛ يجب ألا تبدأ التدخلات الخاصة بالصدمات إلا بعد تحقيق الاستقرار البيولوجي والاستقرار من خلال العلاج بمادة مساعدة (MAT) - التوقيت مهم هنا بقدر أهميته في أي جزء آخر من هذه السلسلة.	برنامج "الـ Recovery Kernel" والصدمات المعقدة وعلاقتها بمادة التعاطي.

القسم ١٢ — الخاتمة

مأوى

إن تعافي الإدمان على المواد الأفيونية هو أحد المجالات القليلة في طب الإدمان التي تتمتع بقاعدة بيانات قوية وموثوقة تدعم علاجاتها الأكثر فعالية - العلاج بمساعدة الأدوية ينقذ الأرواح، مرارًا وتكرارًا، وبشكل ملموس. استخدام هذا العلاج ليس شكلاً أقل فعالية من التعافي. يمكن لأنظمة الإندورفين والمستقبلات التي تشغلها المواد الأفيونية أن تتجدد، وفقًا لجدول زمني حقيقي، سواء تضمن ذلك العلاج الأدوية المستمرة أم لا. والأهم، وفقًا للقسم 0، هو النجاة من الفترة التي يصبح فيها التحمل والتوقعات غير متزامنين - وكل ما تبقى في هذا الدليل يهدف إلى مساعدتك على تجاوز تلك المرحلة بأمان.

نهاية الدليل - بروتوكول الإيقاف: المواد الأفيونية.

موارد لتقليل الضرر - ليست نصيحة طبية - وليست بديلاً عن الرعاية الطبية الطارئة.

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357